



Debeka Betriebskrankenkasse
Firmenkundenservice
56048 Koblenz

Neuanlage eines Arbeitgeberkontos

Für die Anlage des Arbeitgeberkontos benötigen wir einige Informationen. Bitte senden Sie uns diese schnellstmöglich zurück.

Meine personenbezogenen Daten

<input type="text" value="Firmenname"/>	<input type="text" value="Rechtsform"/>
-----------------------------------------	-----------------------------------------

<input type="text" value="Straße, Hausnummer"/>	<input type="text" value="Name Ansprechpartner"/>
-------------------------------------------------	---------------------------------------------------

<input type="text" value="PLZ, Ort"/>	<input type="text" value="Telefonnummer Ansprechpartner"/>
---------------------------------------	------------------------------------------------------------

<input type="text" value="Steuerberater"/>	<input type="text" value="Betriebsnummer Steuerberater"/>
--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

<input type="text" value="Straße, Hausnummer"/>	<input type="text" value="Name Ansprechpartner"/>
-------------------------------------------------	---------------------------------------------------

<input type="text" value="PLZ, Ort"/>	<input type="text" value="Telefonnummer Ansprechpartner"/>
---------------------------------------	------------------------------------------------------------

Wir haben unserem o.g. Steuerberater eine Vollmacht erteilt, alle sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten unseres Unternehmens direkt mit der Debeka BKK abzustimmen. Wir werden Sie umgehend informieren, sobald die Gültigkeit der Vollmacht endet.

<input type="text" value="Name des Mitarbeiters"/>	<input type="text" value="Beschäftigungsbeginn"/>
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------

<input type="text" value="Straße, Hausnummer"/>	<input type="text" value="Sozialversicherungsnummer"/>
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

<input type="text" value="PLZ, Ort"/>

<input type="text" value="Die Anmeldung erfolgt unter der Betriebsnummer"/>

Rechtskreis OST

<input type="text" value="Die Beitragsabrechnung erfolgt unter der Betriebsnummer"/>

Rechtskreis WEST

Der erstmalige Beitragsnachweis wird im Monat _____ übermittelt. (mm/yyyy)

Wir wählen den folgenden Umlagesatz der BKK-Arbeitgebersversicherung zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit (Umlage 1):

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ermäßigter Umlagesatz (1,90%) 50% Erstattung | <input type="checkbox"/> Erhöhter Umlagesatz (4,40%) 80% Erstattung |
| <input type="checkbox"/> Allgemeiner Umlagesatz (2,30%) 60 % Erstattung | <input type="checkbox"/> Keine Umlagepflicht zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit |

Teilnahme am Lastschriftverfahren

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, SEPA-Lastschriftmandat erhalten Sie anbei | <input type="checkbox"/> NEIN |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|

Ort und Datum

Unterschrift/Stempel